

## Chirurgie conservatrice

- La **chirurgie dite « conservatrice »** se nomme ainsi car elle a pour but de retirer l'endométriose tout en préservant l'utérus et les ovaires de la patiente.
- Cette pratique consiste à éliminer et/ou retirer soit des excroissances endométriales se trouvant dans la cavité abdomino-pelvienne, des endométriomes ovariens, ainsi que tous tissus atypiques et adhérences (résultat de l'accumulation de tissus cicatriciels due à la maladie).
- Il peut arriver que le spécialiste procède également à une **neurotomie**, c'est-à-dire à la coupure de certaines voies nerveuses pour traiter la douleur [1].
- La chirurgie conservatrice se réalise la plupart du temps via une **laparoscopie** (coelioscopie), c'est-à-dire en pratiquant de petites incisions permettant d'insérer une caméra, ainsi que des outils chirurgicaux, afin de rechercher et possiblement retirer des anomalies à l'intérieur de la cavité abdominale. Cette procédure est optimale puisqu'elle est minimalement invasive, posant moins de risques et permettant un rétablissement plus rapide avec peu de cicatrices.
- Parfois, il est préférable de pratiquer une **laparotomie**. Celle-ci peut consister entre autres à la pratique d'une incision allant du pubis jusqu'au-dessous de la cage thoracique (communément pratiquée pour les césariennes). Les spécialistes vont souvent choisir de pratiquer une laparotomie quand il est question d'atteintes endométriales plus sévères telles que, par exemple, la détection de nodules profonds se trouvant sous la membrane qui tapisse les parois de l'abdomen (le péritoine), des lésions ayant infiltré les intestins ou des lésions très étendues étant difficiles à retirer complètement par le biais d'une laparoscopie [2].

## Suis-je une candidate pour la chirurgie conservatrice?

- Cette approche chirurgicale est indiquée par la [Société des obstétriciens et gynécologues du Canada \(SOGC\)](#) pour les patientes avec des douleurs pelviennes chez qui les thérapies/traitements médicaux de première intention ont soit échoué, soit sont contraindiqués, ou ont été déclinés par la patiente même.
- Cette méthode est aussi indiquée pour les patientes chez qui l'on retrouve une forme sévère de la maladie ayant atteint par exemple les intestins, la vessie, les uretères ou les nerfs pelviens. Elle est aussi prescrite chez celles qui ont une douleur importante ou qui voient leur fertilité compromise par une torsion ovarienne ou une rupture de kyste ovarien important [1].
- Les revues scientifiques sont en accord avec les experts du domaine pour évoquer que, pour les patientes souffrant d'endométriose, la chirurgie conservatrice (**ablation** et **excision** confondues) résulte en une réduction la douleur et une augmentation des possibilités de grossesses [1].
- Il est toutefois important de mentionner que malgré ces résultats positifs, cette chirurgie pose des risques importants de complications. En effet, il arrive fréquemment que les patientes subissant ce type d'intervention chirurgicale ne voient leurs douleurs être diminuées que partiellement ou temporairement et que, dans de rares cas, les douleurs se trouvent aggravées [3, 8]. On note qu'environ la moitié des patientes ayant subi la chirurgie ont une récurrence au niveau de la douleur deux ans après le traitement et que

le taux de récurrence de la maladie se voit aussi haut que 40% lors du rendez-vous de suivi postopératoire de 10 ans [1, 4].

- La variabilité des résultats après la chirurgie conservatrice dépend de multiples facteurs.
  - Lors de la partie exploratoire de la chirurgie, l'expertise du chirurgien quant à la différenciation des possibles formes de lésions endométriales, ainsi que sa capacité de repérer leurs emplacements et à évaluer leur degré d'infiltration sont des éléments de grande importance.
  - Le type de technique choisi par le chirurgien pour traiter ou extraire les lésions peut aussi influencer le rendement de façon significative.
  - L'âge de la patiente, le stade d'endométriose auquel elle se trouve, le nombre d'interventions chirurgicales reçues préalablement ainsi que la période de temps où la patiente se trouvait en douleur précédant la chirurgie, sont également des déterminants pouvant moduler les résultats post-chirurgicaux, en plus de l'effet de comorbidité (autres troubles de santé associés), des traitements hormonaux ainsi que l'état psychologique de la patiente [1, 3].

### Chirurgie d'ablation

- Cette technique se caractérise par **l'action de brûler les lésions endométriales par cautérisation ou par laser**. Cette méthode est normalement pratiquée sur de très petites lésions puisque cette pratique est considérée peu optimale quand il s'agit d'atteindre les lésions plus infiltrantes (situées plus creux dans les tissus) [1, 3].

### Chirurgie d'excision

- **Se pratique dans le but de couper (exciser) les lésions profondes et/ou étendues de façon à pouvoir aller chercher l'entièreté des tissus malades**. L'excision peut se pratiquer avec différents instruments tels que des ciseaux chirurgicaux ou un laser. À noter que ce n'est pas l'instrument choisi qui est le plus important quant à la pratique de cette méthode, mais plutôt la précision de l'exécution de l'excision afin qu'elle résulte en l'extraction complète de la lésion jusqu'à la racine.

### Excision ou ablation des lésions endométriales?

- Les experts de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) recommandent de pratiquer l'excision des endométriomes ovariens  $\geq 3$ cm et des lésions profondes (infiltrantes). Il a été démontré de façon significative que les résultats étaient plus favorables et durables en comparaison avec l'ablation de ce type de lésion [1, 7]. En ce qui a trait aux lésions superficielles que l'on retrouve chez les patientes atteintes aux stades I et II de la maladie, la SOGC a établi et maintient à ce jour que le choix entre l'ablation ou l'excision de ces lésions revient à la préférence du spécialiste. À noter que les données probantes à ce sujet sont limitées. Les résultats démontrent que le soulagement de la douleur ainsi que la durée des effets du traitement des lésions superficielles par le biais des techniques d'excision ou d'ablation sont très semblables [1, 5-6].

## Références

1. Leyland, N., Casper, R., Laberge, P., & Singh, S.S. (2010). Endometriosis - Diagnosis and Management: Surgical Management of Endometriosis (pp. S15-18) [SOGC - Clinical Practical Guidelines] [pdf]. *Journal of Obstetrics and Gynecology*. Repéré à: <https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gui244CPG1007E.pdf>
2. Mabrouk, M., Montarani, G., Guerrini, M., Villa, G., Solfrini, S., Vicenzi, C. ... Seracchioli, R. (2011). Does laparoscopic management of infiltrating endometriosis improve quality of life? A prospective study. *Health and Quality of Life Outcomes - BioMed Central*, 9, 98. doi: 10.1186/1477-7525-9-98
3. Vercellini, P., Facchin, F., Buggio, L., Giussy, B., Berlanda, N., Frattaruolo, M.P., & Somigliana, E. (2017). Management of Endometriosis: Toward Value-Based, Cost-Effective, Affordable Care [Review article]. *Canadian Journal of Obstetrics and Gynecology*, 40, 726-749. doi: 10.1016/j.jogc.2017.07.011
4. Mettler L., Ruprai T., & Alkatout I. (2014). Impact of Medical and Surgical Treatment of Endometriosis on the Cure of Endometriosis and Pain. *BioMed Research International*, 264653. doi: 10.1155/2014/264653
5. Jacobson, T.Z., Barlow, D.H., Garry, R., Koninckx, P.R., & Garry, R. (2009). Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis [Systematic Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD001300.pub2
6. Riley, K., Benton, AS., Deimling, TA., Kunselman, AR., & Harkins, G.C. (2018). Surgical Excision Versus Ablation for Superficial Endometriosis-Associated Pain: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. doi: 10.1016/j.jmig.2018.03.023. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29609032>
7. Hart, R.J., Hickey, M., Maouris, P., & Buckett, W. (2008). Excisional surgery versus ablative surgery for ovarian endometriomata [Systematic Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD004992.pub3

## Bibliographie

- Abbott J., Hawe J., Clayton, R.D., & Garry, R. (2003). The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2-5 year follow-up. *Human Reproduction*, 8, 1922-1927. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12923150>
- Abbott J., Hawe J., Hunter D., Holmes M., Finn P., & Garry R. (2004). Laparoscopic excision of endometriosis: a randomized, placebo-controlled trial. *Fertility and Sterility*, 82, 878-884. doi: 10.1016/j.fertnstert.2004.03.046
- Cao, Q., Lu, F., Feng, W.W., Ding, J.X., & Hua, K.Q. (2015). Comparison of complete and incomplete excision of deep infiltrating endometriosis. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 8, 497-506. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26885098>
- Healey M., Ang W. C., & Cheng C. (2010). Surgical treatment of endometriosis: a prospective randomized double-blinded trial comparing excision and ablation. *Fertility and Sterility*, 94, 2536-2540. doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.02.044
- Leyland, N., Casper, R., Laberge, P., & Singh, S.S. (2010). Endometriosis - Diagnosis and Management: Surgical Management of Endometriosis (pp. S15-18) [SOGC - Clinical Practical Guidelines] [pdf]. *Journal of Obstetrics and Gynecology*. Repéré à: <https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gui244CPG1007E.pdf>
- Mettler L., Schollmeyer T., & Alkatout I. (2012). Adhesions during and after surgical procedures, their prevention and impact on women's health. *Women's Health*, 8, 495-498. doi: 10.2217/whe.12.34
- PubMed Health (2017). *Treatment options for endometriosis*. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0072682/>
- Sutton, C.J., Ewen, S.P., Whitelaw, N., & Haines, P. (1994). Prospective, randomized, double-blind, controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal, mild, and moderate endometriosis. *Fertility and Sterility*, 62, 696-700. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/7926075/#ft>
- Vercellini, P., Facchin, F., Buggio, L., Giusy, B., Berlanda, N., Frattaruolo, M.P., & Somigliana, E. (2017). Management of Endometriosis: Toward Value-Based, Cost-Effective, Affordable Care [Review article]. *Canadian Journal of Obstetrics and Gynecology*, 40, 726-749. doi: 10.1016/j.jogc.2017.07.011